



Virginia Employment Commission (VEC)
 Human Resource Management Services
 P.O. Box 26441
 Richmond, VA 23261-6441
 (804)786-3466/ (804)371-2814 FAX
 VRC: 711

기회 균등 차별 불만 양식

양식을 주의 깊게 읽어주십시오. **답변을 입력하거나 인쇄하십시오.** 각 질문에 가능한 자세하게 답하십시오. 이 양식의 공간에 전체 답변을 담을 수 없는 경우 더 많은 페이지를 추가할 수 있습니다. 질문에 대한 답을 모를 경우 답란에 “모름”을 기입하십시오. 질문이 귀하의 경우에 해당되지 않는 경우, “n/a”를 기재하십시오.

1. 고소인 (VEC 고객) 또는 고소인의 대리인입니까? 올바른 상자를 선택하십시오.

고소인

대리인

2. 귀하의 이름과 당사가 요청하는 기타 정보를 아래 줄에 기입하십시오. 대리인인 경우 이 섹션에 있는 고소인 의 이름과 연락처 정보와 섹션 3에 본인의 이름과 연락처 정보를 제공하십시오.

고소인 이름

주소

도시

주

우편번호

연락할 수 있는 전화번호. (회사로 연락을 원치 않을 경우 회사 번호를 적지 마십시오.)

_ E-mail 주소

연락하기 가장 좋은 시간

3. 만약 귀하가 고소인의 대리인이라면, 귀하 이름과 연락처를 이 섹션에 적어주시고, 고소인이 서명한 편지나 기타 서류, 위임장을 추가하세요.

대리인 이름

대리인 조직 (있는 경우)

주소

도시

주

우편번호

전화번호

E-mail 주소

이 양식에 있는 나머지 질문의 경우, 귀하가 다른 사람을 대신하여 이 불만을 제기하는 경우, “귀하”는 귀하가 아닌 그 사람(고소인)을 의미합니다. 고소인이 양식을 제출할 때 제공할 답변을 제공해 주십시오.

4. 이 불만 사항은 아래의 사람에게 발생한 문제에 대한 것입니다 (해당 확인란을 선택하십시오).

나

나와 다른 사람들

다른 사람, 하지만 나는 아님

5. 불만을 제기하는 대행사, 조직 또는 사업체 이름을 알려주십시오. 대행사, 조직 또는 비즈니스에 대한 연락처 정보가 있거나 차별을 당했다고 생각하는 사람의 이름을 알고 있는 경우 해당 정보도 제공하십시오. 모든 정보를 제공하기 위해 더 많은 공간이 필요한 경우 이 양식에 더 많은 페이지를 첨부하십시오.

사업부, 부서, 사무실 명

전화번호

도로명 또는 우편 주소

E-mail 주소

차별받았다고 생각하는 사람의 이름

직책

6. 불만을 제기하는 차별에는 어떤 프로그램이 관련되어 있었습니까? 프로그램 이름을 모르는 경우 및 불만 사항이 미국 직업 센터, 주, 지방 정부와 관련되지 않은 경우 "모름"을 표기하세요.

인력 투자법 및/또는 인력 혁신 및 기회 법 프로그램 실업 보험

실업 보험

고용 서비스 또는 구직 서비스

무역 지원법 프로그램

이주민 및 계절별 농장 근로자 프로그램

퇴역 군인 서비스

다 RESEA

기타 (어떤 프로그램?) _____

모름

7. 차별 혐의 근거(이유)는 무엇이라고 생각하십니까? 차별에 연루된 것으로 생각되는 모든 근거(이유) 옆의 확인란을 선택하고 해당 상자와 관련된 질문에 답하십시오.

출신 국가 때문에 (아래 질문에 답하십시오.)

히스패닉 또는 라틴계 입니까 네 아니요

귀하의 출신 국가(귀하, 부모님, 조부모 또는 이전 조상의 출신 국가)는 무엇입니까?

제한된 영어 능력 때문에(의사 소통이 가장 편하다고 느끼는 언어는 무엇입니까? 예: 스페인어, 크로아티아어, 캄보디아어) _____

내 인종 때문에

당신의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

백인

흑인 또는 아프리카계 미국인

아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민

하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민

동양인

기타 _____

성별 때문에

(귀하의 성별은 무엇입니까? _____)

임신했기 때문에

성희롱

○ 성적 취향 때문에

(성적 취향은 무엇입니까? _____)

○ 성 정체성 때문에

(성 정체성은 무엇입니까? _____)

○ 성희롱

피부 색 때문에

(피부 색은 무엇입니까? _____)

종교 때문에

(종교는 무엇입니까? _____)

나이 때문에

(생년월일은 언제 입니까? _____)

퇴역 상태

정치적 소속 또는 정치적 신념 때문에 (정치적 소속 또는 정치적 신념은 무엇입니까?

_____)

장애 때문에 (다음 세 개의 상자 중 하나를 선택하십시오.)

저는 장애가 있습니다. (현재 활동 중이거나 비활동) (당신의 장애는 무엇입니까? _____)

버지니아 고용위원회는 기회 균등한 고용주 프로그램입니다 보조 도움과 서비스는 장애를 가지고 있는 개인의 요청 시 제공됩니다.

장애 기록이 있습니다. (과거에 어떤 장애가 있었습니까? _____)

나는 장애가 없지만, 기관은 나를 장애인처럼 대우합니다.

국적 때문에 (국적이 됩니까? _____)

연방 재정 지원을받는 프로그램에 참여했기 때문에 (프로그램 이름: _____)

저는 차별에 대해 불만을 제기했거나 다른 사람의 차별 불만에 대해 진술 했거나 다른 방식으로 관여했기 때문에 (보복)에 대해 보복을 받았습니다. 세부 정보를 제공하십시오.

8. 위에서 확인한 각 근거(차별의 이유)에 대해, 무슨 일이 있었는지, 무슨 일이 어떻게 일어났는지에 대해 (또는 다른 사람이) 어떻게 피해를 보았는지, 그리고 귀하가 확인한 근거로 인해 어떻게 또는 왜 발생했는지 생각하는지 설명하십시오. 예를 들어, “내 인종 때문에”를 선택하고, 해를 입힌 사람들의 인종 때문에 일어난 일이 어떻게 또는 왜 발생했는지를 설명하는 사실을 나열하십시오.

다른 사람이나 그룹이 여러분과 다르게 대우했다면, 누가 다르게 대우받았는지, 그들의 대우가 어떻게 달랐는지, 그리고 이런 대우가 여러분에게 어떤 해를 끼쳤는지 (또는 여러분이 차별받았다고 생각하는 다른 사람들에게 어떤 해를 끼쳤는지) 설명해 주십시오. 구체적이고 간략하게 설명하십시오.

가능한 경우 관련된 사람들의 이름과 연락처 정보를 제공하십시오. 아래 공간이 부족하면 추가 용지를 사용하여 답변을 완성하고 해당 페이지를 이 양식에 첨부하십시오.

9. 차별 혐의가 일어난 날짜는 언제입니까?

a. 처음 발생한 날짜: _____

b. 가장 최근에 발생한 날짜: _____

c. 가장 최근에 발생한 날짜가 180일 지난 경우 더 빨리 불만을 제기하지 않은 이유를 설명하십시오.

10. 귀하가 이미 지명한 다른 사람(증인, 동료, 감독자 또는 기타)이 있고 귀하의 불만 사항에 대한 정보를 얻기 위해 연락해야 하는 사람을 아래에 기재하십시오. 이 정보를 위한 공간이 더 필요하면 추가 페이지를 첨부하십시오.

_이름

사건과의 관계(증인, 동료 등)

연락하기 가장 좋은 시간

해당 사람에게 연락할 수 있는 전화 번호 및/또는 메일 주소

11. 어떤 해결 방안이 필요하십니까?

12. 아래 칸에 이 양식에 서명하고 날짜를 기입하십시오. 또한 다음 페이지의 “조사 정보 사용 통지” 공지를 읽고 동의서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

고소인의 서명

날짜

다음 주소로 불만 사항을 우편, 이메일 또는 팩스를 보내주십시오 :

우편: Shirley M. Bray-Sledge
Human Relations Manager
Virginia Employment Commission
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

팩스: (804)371-2814

VRC: 711

Email: Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov